

## Condado de Lenoir

Departamento de Servicios de Emergencias

### Programa de Registro Voluntario de Necesidades Especiales

El Departamento de Servicios de Emergencias del Condado de Lenoir mantiene un Registro Voluntario de personas con Necesidades Especiales. En el evento de tiempo severo o cualquier tipo de desastre, este departamento atentara proveer un refugio medico especial y tranportacion. Si usted tiene una condicion medical especial que requiera refugio y/o transportacion, porfavor complete este cuestionario y envielo a la direccion siguiente:

Servicios de Emergencias del Condado de Lenoir  
PO Box 3289  
Kinston, NC 28502

La informacion que usted provee solamente se le dara a las agencias de responde primero asociados con su evacuacion de emergencia. Esta forma autorisa agencias de emergencias responsativo que entren a su casa a buscar y hacer actividades rescativas posteriormente al desastre.

Debido al tiempo requerido y a los recursos limitados para que evaluen las personas seguramente con necesidades especiales, el proceso de evacuacion es ejecutado bien adelantadamente a un desastre inminente. Usted tiene devera estar preparado para evacuarse cuando se anuncie por los oficiales de emergencia.

Mascotas NO estan permitidas en los refugios de evacuacion. Porfavor contactese con Eve Honeycutt que esta con CART (Equipo de Responsativo de Animal) al 252-527-2191. Usted tendra que hacer areglos para la seguridad de su mascota en el evento de un disaster o una emergencia.

Yo e leido y reconosco la informacion de arriba.

PO Box 3289 Kinston, NC 28501 Phone (252) 526-6666 Fax (252) 559-6152  
[www.lenoircountyemergencyservices.com](http://www.lenoircountyemergencyservices.com)

## Condado de Lenoir

Departamento de Servicios de Emergencias



### Personas con Necesidades Especiales

### Forma del Programa de Registracion

PO Box 3289 Kinston, NC 28501

Phone (252) 526-6666

Fax (252) 559-6152

[www.lenoircountyemergencyservices.com](http://www.lenoircountyemergencyservices.com)

## **FORMA VOLUNTARIA DE REGISTRACION PARA NECESIDADES**

### **ESPECIALES**

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Cuidador: \_\_\_\_\_

Direccion: \_\_\_\_\_ Apt/Suite: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Codigo postal \_\_\_\_\_

Usted vive en una casa mobile? Si No

Si si, porfavor provea el nombre del parqueadero: \_\_\_\_\_

### **MARQUE TODAS LAS INCAPACITACIONES MEDICAS QUE APLIQUEN**

Ciegos legalmente  Terminal

Sordo/Dificil de Escuchar  Enfermedad Contagiosa

Especifique otras incapacitaciones medicas, marca pasos, tubo de alimentarse, etc.: \_\_\_\_\_

### **Usted es:**

Auto ambulatorio  Ambulatorio con asistencia

Encajonado a una cilla de ruedas  No ambulatorio

### **CHEQUE ALGUN EQUIPO ESPECIAL CUAL USTED ES DEPENDIENTE A**

Montado a una cama  Dialisis

Cilla de ruedas  Cuero

Marcapasos  Insulina

Andadera/Baston  Sistema de soporte de vida

Oxigeno n numero de horas que se necesitan al dia: \_\_\_\_\_ flujo de litro \_\_\_\_\_

Si usted chequio si al oxigeno, su tanque es portable? Si No

Usted tiene un DNR

Usted tiene directivos adelantados? Si No

\_\_\_\_\_  
Firma del Registrante

\_\_\_\_\_  
Fecha

## **INFORMACION GENERAL DEL MEDICO**

Nombre: \_\_\_\_\_ Telefono: \_\_\_\_\_

Proveedor de salud en casa: \_\_\_\_\_ Telefono: \_\_\_\_\_

Contacto de Emergencia: \_\_\_\_\_ Telefono: \_\_\_\_\_

Telefono de dia: \_\_\_\_\_ Telefono de noche: \_\_\_\_\_

Puedes llegar a un refugio de evacuacion? Si No

*Si no, porfavor chequie la transportacion apropiada necesaria:*

Regular (Autobus, Carro)  Ambulancia  Ven con cilla de ruedas

***Si cuidador TENDRA que acompañarlo al refugio de evacuacion.***

***Porfavor provee su informacion:***

Nombre del Cuidador: \_\_\_\_\_

Relacion: \_\_\_\_\_ Telefono: \_\_\_\_\_

**Usted a hecho areglos para cualquier mascotas? Ellos no estan permitidos en los refugios.**

*La informacion contenida aqui es verdadera y correcta a lo mejor de mi conocimiento. Yo e leido la informacion detras de esta forma y yo entiendo que el nivel de servicios de cuidado son limitados. Yo entiendo quela asitencia sera proveida solo durante la emergencia y que los areglos alternativos deveran de hacerse adelantadamente en el evento que no pueda regresar a mi casa.*

*Tambien entiendo que yo sere reponsable de cualquier cargos y costos asociados con el hospital o otra instalacion medica de cuidado o transportacion medicas sobre el alcance de emergencia. Yo les doy permiso a los proveedores, agencias de transportacion, y cualquier otros que provean cuidado y soltar informacion necesaria para responder a mis necesidades de emergencia.*

*Yo entiendo que esta registracion es voluntaria y ante aqui pido registracion en el PROGRAMA DE PERSONAS CON NECESIDADES ESPECIALES CON EL PROGRAMA DE REGISTRO.*

\_\_\_\_\_  
Firma del Registrante

\_\_\_\_\_  
Fecha

*Al firmar esta form, Yo reconosco que estoy informado del Acto de Privacidad de NC (HIPPA) por sus siclas en Ingles.*